Dispareunia profonda: attenzione all'endometriosi!

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano
Dott.ssa Dania Gambini
Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, H. San Raffaele, Milano

"Ho 32 anni e provo un dolore acuto nella penetrazione profonda. Sono stata da più ginecologi, che mi hanno prescritto degli integratori alimentari. Poi uno di loro ha deciso di farmi fare una laparoscopia, perché sospettava che avessi un'endometriosi: invece l'esame è risultato negativo. Da allora nessuno mi ha sottoposta ad altre indagini. Non riesco ad avere una vita sessuale normale e sono davvero stanca di sentirmi dire non so non c'è nulla e che mi devo tenere il dolore. Penso che se potessi scoprire che cosa c'è che non va, potrei anche trovare un rimedio. Spero con tutta me stessa che voi possiate aiutarmi. Grazie".
Roberta

Cara Roberta, la dispareunia profonda può essere provocata diverse cause, tra cui meritano di essere sempre valutate l'endometriosi pelvica (nel suo caso, apparentemente esclusa in sede di laparoscopia), la malattia infiammatoria pelvica (valutabile mediante ecografia ginecologica transvaginale e valutazione degli indici infiammatori), il varicocele pelvico (diagnosticabile mediante ecografia ginecologica transvaginale) e una condizione di dolore pelvico cronico.
Andrebbe poi valutata anche l'eventuale presenza di un ipertono della muscolatura perivaginale, con conseguente riduzione dell'agibilità vaginale e quindi dispareunia in sede profonda. Se questa condizione dovesse venire confermata, risultano efficaci sedute di riabilitazione del pavimento pelvico, utili nel rilassamento del muscolo elevatore dell'ano.
Vorremmo però ritornare sulla questione dell'endometriosi e sul senso di quell'avverbio ("apparentemente") che abbiamo usato poco fa rispetto all'esito della sua laparoscopia. Nelle donne giovani e giovanissime, l'endometriosi è frequentemente localizzata:
- sui legamenti utero-sacrali (che posteriormente uniscono l'utero, e la parte profonda della vagina, all'osso sacro);
- a livello del Douglas, la piega peritoneale posta tra l'utero e il retto;
- nel setto retto-vaginale, lo strato di tessuti che separa la vagina dal retto.
Il sintomo tipico di queste localizzazioni è proprio il dolore alla penetrazione profonda, che a sua volta è il primo sintomo di endometriosi.
Com'è possibile – lei si chiederà – che si tratti di endometriosi se dagli esami non risulta niente? Attenzione: il "niente" va inteso come nulla di visibile con gli attuali mezzi di indagine. In altre parole, se c'è un'endometriosi profonda, con minute isole di 2 millimetri cubici (che già contengono 70-100.000 cellule), la donna ha microlesioni non ancora visibili con l'ecografia pelvica, con la risonanza magnetica e con la laparoscopia. E nemmeno dimostrabili con il dosaggio del Ca125, un marcatore che, nel sangue, a volte svela la presenza della malattia.

Eppure queste microlesioni, che possono essere numerose, sono già in grado di causare un'infiammazione profonda dei tessuti, un aumento delle fibre del dolore e un'infiammazione dei tessuti nervosi (neuroinfiammazione) che amplificano il dolore stesso.
In questo caso, per diagnosticare l'endometriosi, basta che il ginecologo durante la visita metta in leggera tensione i legamenti che vanno dall'utero all'osso sacro: normalmente questa manovra non provoca fastidio; se invece dà lo stesso tipo di dolore che si ha con il rapporto, la diagnosi è fatta. Una diagnosi precoce di questo tipo evita che si formino lesioni più grandi e più avanzate, e consente di intervenire con le cure giuste, per eliminare il dolore e rallentare il progredire della malattia.
Le consigliamo dunque di chiedere al suo ginecologo una precisa diagnosi differenziale rispetto ai sintomi che lei accusa, senza escludere a priori l'ipotesi di un'endometriosi ancora "sub clinica".
Per quanto riguarda la terapia dell'endometriosi, la rimandiamo alle schede mediche pubblicate su questo sito. Un cordiale saluto.